

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938 - 1939 — N° 34

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU DIAGNOSTIC CLINIQUE
DES
TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Décembre 1938

PAR

Gabriel-Jean DURAND

Né à Saint-Yrieix (Haute-Vienne), le 28 mai 1912

Examineurs de la Thèse :	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président</i>
		DUVERGEY, professeur ..	<i>Juges</i>
		CHARRIER, agrégé.....	
		MASSÉ, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ
139, Rue Sainte-Catherine & 8, Rue Paul-Bert

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939 — N° 34

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU DIAGNOSTIC CLINIQUE
DES
TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Décembre 1938

PAR

Gabriel-Jean DURAND

Né à Saint-Yrieix (Haute-Vienne), le 28 mai 1912

Examineurs de la Thèse :	{	MM. GUYOT, professeur	Président
		DUVERGEY, professeur ..	{ Juges
		CHARRIER, agrégé.....	
		MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AÎNÉ

139, Rue Sainte-Catherine & 8, Rue Paul-Bert

A circular library stamp from the University of Leiden. The text "R. UNIV." is at the top, "BIBLIOTHEEK" is in the middle, and "LEIDEN" is at the bottom, all within a circular border.

ASSESEUR : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique ophtalmologique....	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale.	MACHEBOEUF
Physique médicale et pharmac.	WANGERMEZ
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	PETGES
Clinique des maladies des voies urinaires... ..	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clin. d'oto-rhino-laryngologie..	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeuti- que et climatologie..	CREYX
Clinique odonto-stomatologique.	DUBECO

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

		MM.
Anatomie.....	}	N.
		DUFOUR
Physiologie.....	}	N.
		PIECHAUD
	}	DELMAS-MARSALET
		DE GRAILLY
Médecine générale.....		FONTAN
		BROUSTET
	}	DERVILLÉE
		N.
Chirurgie générale.....		CHARRIER

	MM.
	LOUBAT
Chirurgie générale	MASSÉ
	DARGET
	N.
Obstétrique	RIVIÈRE
Ophthalmologie	BEAUVIEUX
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et Syphiligraphie	JOULIA
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologique	N.

	MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Physiologie	PETITEAU
Médecine opératoire	JEANNENEY
Accouchements	RIVIÈRE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET
Puériculture	FAUGÈRE
Pharmacie galénique	MESNARD
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
Ophtalmologie	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail,	

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique.....	AURIAC
Médecine légale.....	DERVILLÉE
Urologie.....	DARGET
Botanique.....	GIRARD
Bactériologie.....	MOUREAU
Législation pharmaceut.	POPLAWSKI
Chimie minérale.....	CASTAGNOU

Ophtalmologie.....MM. CABANNES (en congé)
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Modèle de droiture et d'honneur.
Pour tous les sacrifices qu'il
s'est imposé pour ma réussite.

A MA MERE.

Pour son grand dévouement et
la tendresse infinie dont elle m'a
toujours entouré, qu'elle soit assu-
rée de mon amour le plus vif et
de ma reconnaissance la plus
profonde.

A MON FRÈRE LE MÉDECIN-COMMANDANT P.-M. DURAND

A qui je dois beaucoup,
toute mon affection reconnaissante.

A MON FRÈRE PAUL

Ma grande affection.

A MES BELLES-SŒURS

A MA NIÈCE, A MES NEVEUX

A MES COUSINS

MARIE-LOUISE ET MARCEL CHAUVIN

Pour toutes leurs gentilleses

A TOUTE MA FAMILLE

A MADAME DUBERNET

SOUS-INSPECTRICE DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX

Toute ma reconnaissance.

AU DOCTEUR BATAÇ

Avec mes remerciements pour
ses soins dévoués.

AU DOCTEUR DARMAILLACQ

Nous le remercions de l'aide
qu'il nous a apportée et l'assurons
de notre gratitude.

A MES AMIS

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHER MAÎTRE,

Au cours de mon stage dans
votre service à l'Hôpital Saint-
André, à Bordeaux, j'ai eu à la
fois l'avantage de bénéficier de vos
savantes leçons et le plaisir d'ap-
précier votre grande bonté. Vous
avez eu la bienveillance de me sug-
gérer l'idée de ce travail; je vous
prie d'en accepter la dédicace en
témoignage de ma profonde gra-
titude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548612_0063

AVANT-PROPOS

Au terme de notre vie d'étudiant il est pour nous un devoir particulièrement agréable à remplir : c'est celui d'assurer nos Maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Bordeaux de notre sincère reconnaissance et de notre respect.

Nous remercions particulièrement Monsieur le Professeur Guyot qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et en a accepté la présidence; M. le Professeur Duvergey; MM. les Professeurs agrégés Charrier et Massé, nos juges.

Nous remercions également le Docteur Darmaillacq, pour ses conseils précieux, et Madame Cazeaux, qui a si aimablement facilité notre documentation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU DIAGNOSTIC CLINIQUE
DES
TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Les tumeurs solides de l'ovaire, si variées dans leur morphologie, leurs manifestations, leur évolution, sont d'un diagnostic difficile. On discute non seulement sur leur origine, qui a prêté et prête encore à des confusions, mais même sur leur allure clinique qui n'est pas univoque. Les anatomo-pathologistes sont dans l'incertitude sur leur mode de classification, variable suivant les auteurs. De plus, « les types cliniques et histologiques ne se superposent pas » (F. Papin).

Notre modeste travail s'est proposé le but de rechercher dans ce dédale quels étaient les types de tumeurs dont le diagnostic est cependant possible, grâce à des caractères cliniques plus ou moins bien individualisés, grâce à l'étude de certaines variations biologiques par lesquelles certains groupes se manifestent. Mais les résultats fournis ne pourront mettre que sur la voie du diagnostic, et ce dernier, pour être complet, devra se soumettre à un moyen plus sûr qui est, en l'occasion, la laparotomie exploratrice.

Nous n'étudierons donc que les seules tumeurs qui sont décelables par ces différents moyens, laissant à l'histologiste le soin de mettre une étiquette sur la foule de celles dont la variété relève uniquement de son domaine.

Notre étude est basée sur sept observations recueillies dans le service de M. le Professeur Guyot et sur la critique de la littérature et des observations publiées jusqu'à ce jour sur cette question.

Notre plan comporte :

I. Les tumeurs solides de l'ovaire (syndrome global).

II. Le diagnostic différentiel.

III. Le diagnostic de la variété de tumeur solide comprenant :

A. Les tumeurs décelables cliniquement (fibromes, tumeurs métastatiques, cancers, parfois chorio-épithéliomes).

B. Les tumeurs décelables par l'endocrinologie (tumeurs de la granulosa, tumeurs thécales).

C. Le diagnostic des tumeurs après laparotomie exploratrice.

IV. Diagnostic des complications.

V. Observations.

VI. Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

LE SYNDROME TUMEUR SOLIDE

Les tumeurs solides de l'ovaire, quelle que soit leur variété anatomo-pathologique, quelle que soit leur tendance évolutive, présentent des signes communs qui, quoique variables dans leur modalité, permettent cependant dans un grand nombre de cas d'en faire le diagnostic.

C'est pourquoi; avant de faire une étude analytique détaillée de leurs symptômes particuliers, nous allons les grouper en un tableau d'ensemble retraçant l'évolution clinique complète, telle que nous la montrent les observations.

La tumeur solide de l'ovaire se présente aux cliniciens à divers stades de sa genèse. Après une période de début variable, tant que son volume est petit, elle reste pelvienne; mais en croissant elle tend à quitter le petit bassin pour devenir abdominale.

DÉBUT. — Cette période est très souvent insidieuse et d'une extrême latence. Il est fréquent que la présence du néoplasme reste longtemps ignorée de la malade : dans ce cas il est découvert par hasard, soit au cours d'un examen gynécologique, soit au cours d'une consultation pour une affection extra-génitale (observation N° I).

Il peut se signaler parfois à l'attention de la malade ou de son entourage par quelques signes assez vagues, non spécifiques : peu à peu l'intéressée éprouve quelques difficultés à mettre sa ceinture ou son corset; son ventre augmente de volume soit dans toute son étendue, soit plus franchement d'un

seul côté. Intriguée, elle peut en palpant son abdomen, sentir à travers la paroi une masse plus ou moins irrégulière qui l'inquiète et la décide à venir consulter un médecin. Mais bien souvent elle diffère sa visite par négligence, car elle n'éprouve aucun trouble fonctionnel : ni gêne, ni douleurs; ses règles n'ont subi aucune modification. Dans quelques cas elle constate des œdèmes fugaces des membres inférieurs, œdèmes plus accusés après une journée de fatigue mais ne l'empêchant pas de vaquer à ses occupations quotidiennes. Parfois elle éprouve une sensation de gêne ou de pesanteur légères dans le bas-ventre. Son état général continue d'être bon.

Cependant la tumeur jusque-là latente peut se révéler par différents ordres de troubles :

Les douleurs sont bien souvent le premier signe. Elles sont variables dans leur forme, leur durée, leur intensité et leur siège. Elles sont continues ou intermittentes, allant de la simple pesanteur jusqu'à « la crise douloureuse ». Vagues ou nettement localisées dans les régions annexielles (Guillaume Louis), dans le bas-ventre, elles peuvent prendre le type de coliques expulsives. Elles irradient vers l'hypogastre (Segond), vers les lombes, vers les cuisses.

Les troubles de la fonction ovarienne, parfois précoces, parfois tardifs, se traduisent tantôt par des hémorragies s'accompagnant de douleurs à type de coliques expulsives, tantôt par des métrorragies répétées et profuses, tantôt — chez les femmes jeunes — par de l'aménorrhée.

L'augmentation du volume du ventre, qu'il soit dû à la présence d'ascite ou à la tumeur elle-même, est un signe fréquent. Comme nous l'avons vu ci-dessus, il est plus ou moins unilatéral.

Il n'est pas rare de rencontrer à cette époque des *troubles digestifs* (vomissements, constipation), des *troubles de la miction* (dysurie, pollakiurie).

Dans des cas heureux mais rares, le clinicien pourra trouver à l'examen une tumeur petite, latérale, mobile, de consistance dure, parfois élastique.

Cette période de début peut durer quelques mois, voire même des années. Puis tantôt insensiblement, tantôt rapidement, s'installe la période d'état.

ETAT. — Au fur et à mesure que la tumeur grossit, elle tend à quitter sa position pelvienne pour devenir abdominale, à moins qu'elle ne soit retenue dans le petit bassin par des adhérences.

Dans notre étude nous envisagerons donc deux temps : un temps pelvien et un temps abdominal.

1° LA TUMEUR EST PELVIENNE.

Les signes fonctionnels que nous notons dans ce cas sont de différents ordres : ce sont des troubles de la menstruation et des troubles de compression nerveuse ou viscérale.

Les *troubles menstruels* sont variables : ce sont des métrorragies irrégulières dans leur apparition, pouvant manquer pendant quelques mois puis reparaître un beau jour ; parfois elles sont périodiques et régulières. Elles peuvent être répétées et profuses, d'une telle abondance qu'elles anéminent rapidement la malade. Parfois elles constituent le seul symptôme (Moulonguet). Les ménorragies sont moins fréquentes. Enfin l'aménorrhée n'est pas rare.

Les *troubles de compression* ne s'observent que lorsque la tumeur a déjà acquis un certain volume. Ce sont d'abord des douleurs dues, dans la majorité des cas, à la compression des plexus nerveux lombo-sacrés. Ayant le caractère d'une simple gêne, d'une pesanteur abdominale légère, elles deviennent parfois d'une violence inouïe, se manifestant par de véritables crises. Elles siègent dans la région annexielle, la fosse iliaque, l'hypogastre et irradient vers les lombes, les cuisses et tout le ventre. La compression de l'intestin et du rectum peut donner lieu à une constipation opiniâtre (observation N° II). La compression de la vessie entraîne de la dysurie, de la pollakiurie (observation N° II). Cependant comme les tumeurs solides

de l'ovaire ont peu tendance à s'enclaver, elles ont moins de chance de faire de la compression que les tumeurs de l'utérus ou des ligaments larges (Bourgoin).

Les signes physiques fournissent peu de renseignements à cette époque. L'inspection et la percussion ne donnent souvent rien. La palpation de l'abdomen permet quelquefois de sentir une petite masse dure, difficile à limiter; elle peut occasionner de la douleur dans la région des annexes et par ce fait attirer l'attention de ce côté.

Le toucher combiné au palper donne la plupart du temps de meilleurs résultats : la position du col de l'utérus est variable, mais le plus souvent il est abaissé et déplacé en avant. Il est tantôt petit et dur, tantôt mou et entr'ouvert. Le corps de consistance souvent dure, fibromateuse, est fréquemment en antéversion. Le toucher permet de sentir dans le douglas une masse de volume variable, de consistance dure, plus ou moins élastique, indolore ou à sensibilité spéciale (sensibilité ovarienne). Cette masse est unie et lisse ou bosselée; elle est indépendante et mobile. Son indépendance est plus ou moins difficile à mettre en évidence : dans les cas nets le doigt apprécie un sillon de démarcation entre la masse et le corps utérin.

Il est utile de pratiquer le cathétérisme de l'utérus, avec les précautions d'usage (se méfier de la grossesse), pour indiquer l'intégrité de la cavité utérine, son siège, ses dimensions. Nous verrons plus loin quels sont ses inconvénients.

2° LA TUMEUR EST ABDOMINALE.

Les signes fonctionnels sont ici peu importants et ne semblent pas devoir être d'un grand secours au clinicien.

Les douleurs n'offrent rien de particulier : elles sont légères mais parfois violentes, à type de douleurs salpingiennes.

Les troubles menstruels eux non plus n'ajoutent rien : ce sont des métrorragies, des ménorragies ou de l'aménorrhée.

Les signes physiques par contre passent au premier plan :

A l'inspection, l'abdomen est augmenté de volume. Cette augmentation, plus ou moins asymétrique, porte surtout sur

les flancs et la région hypogastrique. La peau a conservé la plupart du temps sa couleur normale; elle peut présenter des vergetures. On note fréquemment une circulation collatérale, le déplissement plus ou moins marqué de la cicatrice ombilicale.

La percussion décèle la présence d'ascite. Cette ascite, fréquente, est d'abondance variable : de 2 à 6 litres en moyenne; on en a signalé jusqu'à 30 litres. Le liquide est généralement citrin, verdâtre, plus ou moins floconneux, parfois hématique. C'est toujours une ascite libre. Sa date d'apparition est variable ; cependant elle apparaît plutôt après une longue période de latence du néoplasme et se développe soit insensiblement soit rapidement, en quelques jours.

En l'absence d'ascite, la percussion permet de limiter l'étendue de la matité tumorale ; si, au contraire, l'épanchement est abondant, elle provoque la sensation de flot.

A la palpation, la paroi abdominale est assez souple. Après avoir mis la malade en Trendelenburg, l'ascite étant absente primitivement ou ayant été évacuée par ponction, on palpe une tumeur dure, indolente ou présentant la sensibilité ovarienne, unie ou bosselée, mamelonnée, du volume du poing à celui d'une tête d'adulte, plus ou moins mobile, de consistance plus ou moins élastique et présentant parfois le phénomène de pseudo-fluctuation. Si l'ascite n'a pas été évacuée, la main a parfois la sensation « du glaçon en suspens dans l'eau ». Si la tumeur pénètre en partie dans le petit bassin elle est plus ou moins immobilisée dans le sens transversal.

Le toucher peut ne donner aucun renseignement si la tumeur, trop haut située, est inaccessible par le vagin. Cependant, le doigt sent parfois, dans le cul-de-sac latéral, un cordon assez épais, suivant la masse dans ses divers mouvements, indépendant de l'utérus : c'est le pédicule tumoral.

Si la tumeur est accessible, le toucher combiné au palper cherchera avant tout l'indépendance de l'utérus et du néoplasme : pour ce faire, la main abdominale imprimera des

mouvements à la tumeur, la main vaginale essayant en même temps de déceler la transmission de ces mouvements au col utérin. Ce procédé se heurte à quelques difficultés : il peut arriver en effet que les mouvements tumoraux soient transmis à l'utérus grâce à des adhérences épiploïques ou intestinales les reliant entre eux. Dans ce cas, il sera bon de faire, toujours prudemment, le cathétérisme utérin.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Ils sont très variables et n'offrent rien de particulier. L'état général, quelle que soit la nature histologique de la tumeur, peut être conservé bon longtemps, parfois pendant des années. Dans certains cas la malade devient rapidement cachectique, cachexie d'autant plus prononcée qu'elle contraste fréquemment avec une augmentation considérable de l'abdomen.

Les troubles digestifs et urinaires sont signalés dans maintes observations. L'ascite et la réplétion abdominale s'accompagnent de leur cortège habituel : troubles respiratoires (dyspnée, anxiété), cardiaques (Collins-Warren) et d'œdème. Cet œdème est mou, dépressible, indolent; la peau est très blanche dans la région infiltrée (Bégouin). Il ne disparaît pas par le repos au lit. Il siège à la paroi abdominale dans sa partie inférieure (Spielberg, Lallemand, Bégouin), au niveau des grandes lèvres, dans la région lombaire (Bégouin), aux membres inférieurs.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous allons étudier dans ce chapitre les affections qui, par leur allure clinique, peuvent simuler les tumeurs solides de l'ovaire. Pour ce faire nous conserverons le plan que nous avons adopté pour l'étude du syndrome global ; nous discuterons donc ces affections à la période de début et à la période d'état.

AU DÉBUT. — La suppression des règles, l'augmentation non douloureuse du volume abdominal peuvent faire hésiter le clinicien sur le diagnostic de *grossesse*. Il conviendra, dans ce cas, de mettre en œuvre tous les moyens dont on dispose pour éliminer ce diagnostic (réaction de Brouha, etc.).

En présence d'hémorragies plus ou moins répétées, s'accompagnant de douleurs hypogastriques irradiées ou non, survenant au moment des règles, on doit envisager l'hypothèse d'une *métrite hémorragique*. Nous n'insisterons pas sur les moyens employés pour la distinguer ; il convient d'ailleurs de rappeler que la métrite peut être concomitante d'un fibrome de l'ovaire.

L'ascite abondante, avec aptitude à récidiver après les ponctions, a pu faire penser à une *affection hépatique* ou *cardiorénale* : l'examen du foie et du cœur doit vite lever les doutes.

Les troubles de la miction et les troubles digestifs seront vite catalogués après examen de l'appareil urinaire et digestif.

ETAT. — LA TUMEUR EST PELVIENNE. — Le diagnostic le plus délicat, en présence d'hémorragies liées à des signes physiques

tumoraux est celui de *fibrome de l'utérus*, surtout *dans sa forme pédiculée*. Le fibrome de l'utérus simple se présente au toucher comme une masse dure, arrondie, faisant corps avec l'utérus et se mobilisant avec lui (Guillaume Louis). Le fibrome pédiculé peut être très difficile à différencier : en effet, il est indépendant de l'utérus et mobile sans lui ; en ce cas il reste la ressource du cathétérisme utérin. Mais là encore surgit une difficulté, car une elongation de la cavité utérine de 2 ou 3 centimètres peut être produite par l'ascension et la traction d'une tumeur ovarienne ou par une disposition spéciale de la corne utérine. Cependant l'existence de l'ascite, la constatation d'une douleur ovarienne plaident en faveur d'une tumeur de l'ovaire. Une deuxième difficulté réside en ce fait qu'il peut y avoir coexistence de deux fibromes, utérin et ovarien.

Le fibrome du ligament large s'enclave rapidement et donne lieu alors à des phénomènes de compression précoces et très graves.

Le kyste de l'ovaire pelvien, à parois épaisses et distendues, peut, tout comme la tumeur solide, donner au toucher une sensation de fermeté et de régularité. Les kystes multiloculaires peuvent présenter une surface bosselée, mais ces bosselures sont de consistance inégale. Ce signe n'a pas toute la valeur que l'on pourrait croire car certaines tumeurs de l'ovaire peuvent présenter des bosselures de consistance inégale et même des points fluctuants. Nous rechercherons alors la présence d'ascite, les hémorragies, etc...

Le kyste dermoïde se met plus facilement en évidence, grâce à ses caractères particuliers : il est douloureux, de petit volume et d'évolution lente (Tillaux). De plus, au toucher, on peut sentir des noyaux très durs, de consistance cartilagineuse ou osseuse.

Le fibrome de la trompe (J. Leuret) est une tumeur du volume d'une tête de fœtus, dure; mais elle refoule l'utérus du côté opposé. *La tumeur maligne des trompes* n'est ni grosse ni

très dure, à ramollissement au douglas ; elle s'accompagne parfois de fièvre (J. Guyot) (1).

Les fibromes du ligament rond sont facilement décelés par la position de l'utérus : ce dernier est en rétroposition (Legueu).

L'ostéosarcome du bassin se présente sous l'aspect d'une tumeur immobile, de consistance osseuse. Le toucher rectal montre facilement ces caractères. Dans un cas difficile, la radiographie lèvera les doutes.

Nous ne ferons que citer l'hématocèle, les phlegmons du ligament large, les suppurations pelviennes, la pelvi-péritonite qui s'accompagnent de signes inflammatoires très nets.

LA TUMEUR EST ABDOMINALE. — Il convient avant tout d'éliminer la grossesse. Ce sera fait facilement grâce au toucher vaginal qui indiquera les signes particuliers d'un utérus gravide (mollesse du col, développement des parties fœtales, etc.), et aux réactions biologiques. Cependant le diagnostic de grossesse extra-utérine offre parfois de très grosses difficultés.

Le fibrome utérin est une tumeur plus médiane, plus volumineuse, souvent très bosselée. Elle fait corps avec l'utérus. Cependant il faut toujours se méfier de sa coexistence avec un fibrome ovarique.

Le kyste de l'ovaire à type abdominal est une tumeur très volumineuse, fluctuante.

Le diagnostic de *péritonite tuberculeuse*, à forme abdominale se fera d'après l'étude des antécédents, les troubles digestifs (alternatives de constipation et de diarrhée), la présence presque constante de température. Dans la forme ascitique l'épanchement n'est jamais considérable. (J. Guyot.) (2).

Les tumeurs venues de l'étage supérieur, surtout les tumeurs rénales, sont facilement décelées par le contact lombaire et les hématuries.

(1) Prof. J. GUYOT, « Clinique de l'hôpital Saint-André, Sur une tumeur abdominale », 2 mai 1938.

(2) Prof. J. GUYOT, « Clinique hôpital Saint-André », 2 mai 1938.

**Moyens complémentaires
employés pour le diagnostic différentiel.**

La ponction exploratrice : ne s'emploie de nos jours que rarement pour évacuer une collection ascitique et permettre ainsi le palper de la tumeur.

Le lipiodol intra-utérin, suivi de la radiographie, permet d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur annexielle inflammatoire (de Mora) et d'étudier les variations de la cavité utérine.

L'insufflation tubaire : se propose de rechercher la perméabilité des trompes.

La pyélographie (Prof. J. Guyot, docteurs J. Villar, Traissac) (1) est utile dans les cas de tumeurs rénales. Dans les cas de tumeurs abdominales vraies, elle peut indiquer leur rapport, toujours important à connaître, avec l'arbre urinaire.

La laparotomie exploratrice est indispensable pour vérifier et parfois pour faire un diagnostic sûr.

(1) Prof. J. GUYOT, docteurs J. VILLAR et R. TRAISSAC, « Tumeur abdominale et pyélographie ». (*Bulletin de la Soc. Obst. et Gynéc.*, Bordeaux, 24 novembre 1931).

CHAPITRE III

A. — TUMEURS DONT LE DIAGNOSTIC EST POSSIBLE PAR LES MOYENS CLINIQUES

Le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire étant posé, est-il possible de le pousser plus loin et de mettre une étiquette sur cette tumeur ? Il semble que dans certains cas où les signes sont assez nets, on puisse risquer de faire celui de fibrome, de cancer primitif, de tumeur métastatique de l'ovaire. Sans doute les risques d'erreur sont importants mais cette erreur sera sans gravité si le chirurgien demande à la laparotomie exploratrice — comme il doit toujours le faire — les données complémentaires indispensables.

I. Le Fibrome.

Il se rencontre dans la majorité des cas entre 40 et 60 ans (*Mayo clinic*), maintes fois après 60 ans (observation N° I); quelques cas ont été décrits chez les femmes jeunes et les enfants (Léopold).

Il est habituellement unilatéral dans 75 % des cas pour de Mora, Franck, Kroner.

C'est une tumeur régulière, ronde, peu bosselée, du volume du poing à celui d'une tête d'adulte. Certains auteurs en ont décrit de volumineux; celui de Spielberg, entre autres, du poids de 30 kilos, est classiquement connu.

Le fibrome est capable d'une très longue latence : quelquefois des années ; son existence est souvent une découverte du hasard. Il se révèle parfois par des douleurs, des métrorragies,

par une torsion de son pédicule entraînant des phénomènes de péritonite.

Les signes fonctionnels ne sont pas spécifiques.

Les douleurs sont fréquentes mais très variables : tantôt elles apparaissent au début de l'évolution de la tumeur, tantôt après un long stade de latence. Les malades de nos observations I et II n'ont jamais souffert. Cependant la douleur peut constituer le maître symptôme et être, dans certains cas, le seul.

Pour Dartigues, dans un tiers des cas, les fibromes n'entraînent aucun trouble de la menstruation. Mais souvent ce sont des métrorragies variables dans leur quantité, leur durée, leur date d'apparition, qui ouvrent la marche. Parfois ménorragies ou aménorrhées. La malade de notre observation II n'avait jamais eu de perte de sang.

La compression des vaisseaux entraîne de l'œdème de la paroi abdominale, des membres inférieurs ; mais il n'y a pas de relation entre le volume de la tumeur et les troubles circulatoires (Martinaud). Les compressions viscérales sont rares.

Les signes physiques nous renseignent bien mieux :

La *palpation*, le plus souvent indolore, produit parfois une sensation pénible. Elle permet, si le fibrome est gros, en situation abdominale, d'apprécier sa forme, sa consistance, son volume et sa mobilité.

La percussion indique la présence ou l'absence d'ascite.

Cette *ascite* est considérée par certains auteurs (Picqué, Cornil) comme un indice de dégénérescence maligne. D'autres, au contraire (Forgue, Massabuau, Lallemand) pensent que l'ascite est un des symptômes les plus fréquents des fibromes de l'ovaire. Sainclair, Roberto, Pozzi la considèrent même comme pathognomonique.

D'après Mondor, relatant une statistique de Warren, on la trouverait dans 50 % des cas. Pour Lippert, Elfer, Cahlmann dans 72 % des cas. Nous l'avons trouvée dans 2 cas sur 4. Mondor l'a rencontrée dans tous les cas qu'il a étudiés et elle lui a permis, dit-il, de faire le diagnostic de fibrome 3 fois sur 4.

Le toucher bimanuel nous apporte lui aussi une aide précieuse. On trouve fréquemment une tumeur dure, presque toujours nettement arrondie (J. Guyot) (1), parfois un peu bosselée, indolente, très mobile, indépendante de l'utérus sur le côté latéral duquel elle est située. Le toucher permet parfois en outre de sentir le pédicule. Malheureusement, les choses ne se passent pas aussi simplement. La consistance de la tumeur peut ne pas être absolument élastique et même présenter une pseudo-fluctuation. De plus, le sillon de séparation peut être effacé par le fait que la tumeur volumineuse appuie sur l'utérus. En outre, si la tumeur a dédoublé le ligament large et s'y est enclavée, elle a pu perdre beaucoup de sa mobilité.

Quoi qu'il en soit, si on trouve une tumeur pelvienne dure, régulièrement arrondie, très mobile, accompagnant latéralement un utérus normal, et un épanchement ascitique, le diagnostic doit pencher fortement vers celui de fibrome.

« Le diagnostic de fibrome de l'ovaire doit entrer dans la liste des diagnostics gynécologiques désirables et courants. La satisfaction de le vérifier est très grande, car la cure sera facile et définitive, et quelquefois sans castration radicale » (Mondor).

2. Le Cancer primitif.

Le diagnostic de cancer primitif de l'ovaire est beaucoup plus difficile à faire que celui de fibrome. Cependant, dans certains cas le clinicien peut avoir, non pas la certitude, mais de fortes présomptions sur sa présence.

Il apparaît assez souvent au cours de la vie génitale, entre 15 et 50 ans. Pour M. le Professeur J. Guyot (2) il apparaîtrait surtout après la ménopause. Toutefois il n'est pas rare chez l'enfant (de Mora). Pour Lusinchi, son maximum de fréquence se manifesterait à la puberté.

L'hérédité semble jouer un rôle dans son apparition et c'est un facteur à ne pas négliger pour le diagnostic. Pour Massabau, l'étude des anamnestiques montre très souvent chez les ascendants un épithélioma gastrique ou mammaire.

(1-2) Prof. J. Guyot, « Clinique de l'hôpital Saint-André », 2 mai 1938.

La tumeur siège surtout sur l'ovaire droit ; mais elle est souvent *bilatérale* : en effet, le deuxième ovaire peut être atteint par les métastases alors que même il paraît sain.

Les signes fonctionnels peuvent nous donner quelques renseignements qu'on ne saurait trop prendre au pied de la lettre. Mayer affirme que les règles sont normales dans 70 à 80 % des cas. Au cours de la ménopause la réapparition des hémorragies est rare : Lippert l'indique dans 14,7 % des cas tandis que Mayer ne la trouve que dans 2,4 %. Cependant, chez la femme âgée, les métrorragies peuvent constituer l'unique symptôme.

Les douleurs ne semblent pas caractéristiques. Toutefois de nombreux auteurs ont noté des douleurs vives. Le Professeur Bégouin insiste sur les « douleurs pendulaires » : les malades souffrent tous les jours à la même heure. Elles siègent un peu partout mais surtout aux alentours de la tumeur (adhérences).

Les signes physiques montrent en général une tumeur douloureuse au toucher. Sa consistance et sa forme sont peu différentes de celles du fibrome, mais elle est moins mobile car elle est retenue par des adhérences intestinales et épiploïques fréquentes et rapides (J. Guyot) (1).

L'ascite existe dans 42 % des cas bilatéraux, dans 23 % des cas unilatéraux (Mayer). Elle est donc un peu moins fréquente que dans le fibrome. De plus, elle a une coloration particulière : jaunâtre, parfois brunâtre et, de plus, elle est presque toujours hématique.

Le cancer évolue parfois lentement, mais dans la majorité des cas l'amaigrissement est rapide ; la malade prend un teint pâle ou cireux. La diminution des forces est précoce et considérable ; la cachexie apparaît en quelques mois.

Des métastases ont été observées dans le foie, la rate, la plèvre, le poumon. Elles seraient fréquentes sur la colonne vertébrale (Forgue, J. Guyot) (2).

(1-2) Prof. J. GUYOT, « Clinique orale de l'hôpital Saint-André », 2 mai 1938.

3. Les tumeurs métastatiques.

A. *Les tumeurs de Krukenberg.* — Pour Masson et Mayer elles représentent 1,6 % des tumeurs ovariennes.

D'après la littérature, le diagnostic de tumeur de Krukenberg est possible dans la moitié des cas environ.

On la rencontre chez les femmes relativement jeunes, 30 à 35 ans en moyenne, donc quelques années plus tôt que les cancers primitifs. Pour Mayer, 80 % au-dessous de 50 ans. Ces tumeurs se révèlent par trois ordres de signes différents : des troubles digestifs, des troubles génitaux, des troubles généraux.

Les troubles digestifs apparaissent parfois les premiers (de Mora, M^{lle} P. Gauthier-Villars). Il s'agit d'une malade qui présente un long passé digestif et dans les antécédents de laquelle on retrouve une histoire d'ulcère chronique ou de linite plastique (Masson) ou d'une malade opérée antérieurement pour une sténose pylorique (Gauthier-Villars) ou chez laquelle on a déjà pratiqué une résection gastrique quelques années auparavant (Max Dengg).

Contrairement au fibrome et au cancer, le trouble menstruel le plus fréquent est l'aménorrhée. Celle-ci s'accompagne parfois de douleurs pelviennes, de gêne, de sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Les troubles généraux sont d'emblée graves. La malade se plaint d'une très grande fatigue, l'amaigrissement est rapide et s'accompagne d'un certain degré d'anémie. La cachexie est précoce.

C'est une tumeur de croissance rapide, généralement bilatérale, parvenant en trois à six mois à un volume important. Elle est très mobile et donne au toucher une sensation de grande dureté. Généralement ni ascite, ni adhérences, ce qui est au contraire le cas des cancers secondaires. Le plus souvent bien encapsulée et uniformément arrondie. Elle envoie des métastases éloignées par voie lymphatique et lèse la plèvre dans 14 % des cas. Les signes de compression sont excessivement rares.

B. *Cancers secondaires*, soit après un cancer utérin, soit après un épithélioma du sein.

Le diagnostic se posera surtout d'après la découverte des tumeurs primitives.

C. *Les chorio-épithéliomes*, décrits par Forgue et Massabauau, sont la plupart du temps de diagnostic clinique impossible. Cependant ces tumeurs ont la particularité d'envoyer des métastases dans le vagin, métastases qui sont caractéristiques : elles ont un aspect bleu violacé spécial. Donc dans le cas où le clinicien se trouverait en présence de ces métastases il pourrait porter le diagnostic de chorio-épithéliome utérin. Et devant une tumeur annexielle dure et mobile l'hypothèse d'un chorio-épithéliome ovarien ne serait pas impossible (de Mora). Toutefois c'est un diagnostic qui est rarement fait.

B. — TUMEURS DONT LE DIAGNOSTIC EST POSSIBLE PAR L'ENDOCRINOLOGIE.

Dans l'ensemble des tumeurs qui manifestent une activité endocrinienne et qui sécrètent de l'hormone œstrogène, donc « tumeurs féminisantes », il existe deux groupes anatomiques différents : les tumeurs de la granulosa et les tumeurs thécales. Ces tumeurs constituent ce que les anciens auteurs nommaient, faute de mieux, les folliculomes. Nées de cellules dont la fonction principale est la sécrétion de folliculine, elles se révéleront par un syndrome d'hyperfolliculinisme.

Pour notre étude clinique nous puiserons les arguments dont nous avons besoin dans le travail de J. Varangot (*Journal de Chirurgie*, mai 1938), qui nous semble le résumé de la question non seulement le plus moderne mais encore le plus clair. Il est impossible de différencier les tumeurs de la granulosa des tumeurs de la thèque interne ; c'est pourquoi nous les étudierons en bloc en décrivant les signes des premières.

Les tumeurs de la granulosa se manifestent de différentes manières suivant l'âge de la malade ou plutôt suivant les différents stades d'évolution de sa vie sexuelle :

Avant la puberté : elles produisent le syndrome de « la puberté précoce ». Il s'agit d'une fillette au-dessous de 10 ans. Les seins augmentent de volume, les aisselles et le pubis s'ornent de poils, le psychisme évolue, les épiphyses se soudent prématurément ; enfin les règles apparaissent et l'utérus augmente de volume.

A la période d'activité sexuelle, la tumeur produisant des hormones en même temps que l'ovaire normal, il est difficile de dire la part qui revient à chacun d'eux. Leurs actions s'ajoutent ou se contrarient pour produire des troubles de la menstruation mal définis : ménorragies, aménorrhée ou métrorragies.

Après la ménopause, la malade revoit une seconde jeunesse, d'autant plus frappante que la ménopause sera plus éloignée (J. Varangot). Dans la plupart des cas apparaissent des métrorragies qui prennent une allure cyclique telle qu'elles peuvent simuler un retour de la menstruation. « Si on se borne à enlever la tumeur les métrorragies disparaissent : c'est le cas de toutes nos observations. Dans quelques-unes, l'ablation de la tumeur fut suivie d'une deuxième ménopause avec troubles vaso-moteurs dus à la suppression de folliculine » (J. Varangot).

En même temps que se produisent les signes fonctionnels que nous venons de décrire, le curettage biopsique a pu mettre en évidence une hyperplasie de l'endomètre. Certains auteurs voient dans ce curettage un moyen de diagnostic supplémentaire de tumeur ovarienne.

MOYENS DE DIAGNOSTIC.

On a recherché dans l'urine l'élimination des facteurs gonadotropiques ; mais la réaction d'Asheim-Zondeck a donné des résultats non spécifiques et parfois même contradictoires.

Les auteurs ont alors dirigé leurs recherches vers l'étude de la folliculine dans l'urine et dans le sang :

Folliculinurie : La recherche de folliculine dans l'urine n'a pas donné les résultats escomptés, et cela pour plusieurs raisons : d'abord l'excrétion de folliculine est inconstante et, de plus, le rein joue un rôle indéniable dans cette excrétion. Quoi qu'il en soit on l'a toujours trouvée en proportion supérieure au taux normal.

Folliculinémie : La recherche de folliculine dans le sang semble avoir donné, si l'on en croit les auteurs, des résultats remarquables. Nous citerons sans commentaires les résultats obtenus et publiés jusqu'à ce jour :

Schuschania : chez une malade ménopausée depuis longtemps, trouve un Franck positif avec 4 cc. de sang, ce qui correspond à un taux de folliculinémie considérable.

Neumann : dans deux cas, a eu un Franck positif.

Bland et Goldstein : trouve chez une fillette un Franck positif, devenant négatif après l'ablation de la tumeur.

On a discuté pour savoir si l'hyperfolliculinémie était spécifique. Rien n'a encore été démontré. Quoi qu'il en soit, chaque fois qu'on a fait le taux de la folliculinémie ou de la folliculinurie, dans des tumeurs de la granulosa, on l'a trouvé augmenté. (J. Varangot).

En résumé, les tumeurs de la granulosa et les tumeurs thécales offrent, sinon un moyen sûr, car il faut attendre d'avoir de nouvelles preuves sur cette question, du moins un ensemble de moyens qui permettent de supposer leur existence : le curettage biopsique et l'étude des perturbations hormonales dans les humeurs.

C. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL APRES LAPAROTOMIE EXPLORATRICE.

Nous décrirons sous cette rubrique les aspects macroscopiques que prennent le plus souvent les différentes variétés de tumeurs, grâce auxquels le chirurgien peut fréquemment diriger sa conduite. Ces caractères ne sont malheureusement pas toujours spécifiques et nous verrons que, même le ventre ouvert,

il est parfois difficile de poser un diagnostic ferme. Ils sont très variables; aussi leur étude simple ne présente-t-elle aucun intérêt et ce n'est que comparés aux signes cliniques, qu'ils peuvent dans certains cas être de quelque utilité.

1. Le Fibrome.

Il se présente comme une tumeur unilatérale, de couleur blanchâtre ou rosée, conservant le plus souvent la forme de l'ovaire normal. Sa surface, sillonnée de grosses veines, est tantôt unie et lisse, tantôt bosselée ou lobée. Dans de nombreux cas sa forme est régulièrement arrondie (J. Guyot) (1).

Il est nettement séparé de l'ovaire ou relié à lui. Il siège habituellement au pôle latéral de l'organe (Ewing), mais peut parfois, lorsqu'il est diffus, envahir ce dernier complètement.

La coupe a un aspect blanchâtre ou rosé, offrant des surfaces grossièrement fibreuses analogues à du gravier jaunâtre. Parfois on trouve des zones osseuses, mais ces formations sont différentes de celles du tératome qui, elles, sont constituées par du périoste vrai et de la moelle (Geist). On note encore quelques zones de dégénérescence kystique.

Parfois on trouve une imprégnation œdémateuse, et la coupe prend dans ce cas un aspect gélatineux (fibrome myxomateux de Hees); parfois de très larges vaisseaux sanguins ou lymphatiques (fibrome hémangio-ectasique ou lymphangio-ectasique).

Le fibrome ne contracte pas d'adhérences sauf s'il évolue vers la malignité.

2. Le Sarcome.

Le sarcome ressemble macroscopiquement au fibrome ; mais sa surface est en général plus brillante, plus régulière, de consistance plus molle, sa paroi très friable (de Mora).

On note fréquemment des adhérences et des métastases sur le péritoine, dans le foie et le poumon.

(1) Prof. J. Guyot, « Clinique de l'hôpital Saint-André », 2 mai 1938.

Olshausen cite des caractères qui, pour lui, appartiennent en propre au sarcome type alvéolaire : la tumeur serait en grande partie compacte, le tissu aurait une friabilité particulière, la surface de coupe serait lisse et présenterait une coloration jaunâtre tout à fait régulière.

Le mélanosarcome est tout à fait caractéristique, il est de couleur brun noirâtre, parfois noir comme de l'encre et sa section laisse sourdre un suc brunâtre. Le chirurgien devant un tel tableau doit rechercher une tumeur primitive à pigment, souvent un sarcome de la choroïde (Vogt), parfois une verrue cutanée sarcomateuse (Barth).

3. Le Cancer.

Bilatéral souvent, il présente une coloration particulière, brun rougeâtre, violacé, avec un réticulum vasculaire. La surface de coupe est grisâtre, tantôt pleine, tantôt pseudo-fluctuante avec des îlots jaunâtres ou grisâtres parsemés d'hémorragies punctiformes. On peut rencontrer deux formes : l'encéphaloïde, dont la consistance est identique à celle de la cervelle, et le squirrhe, qui ressemble au fibrome mais que l'on ne trouve que chez les femmes très âgées.

Le cancer a tendance à se propager de proche en proche, par contact direct après effraction de sa coque (adhérences) en même temps qu'il envoie des métastases ganglionnaires.

4. Les tumeurs de Krukenberg.

Presque toujours bilatérales, les tumeurs de Krukenberg se présentent comme des masses lisses bien encapsulées, d'aspect blanchâtre. On ne trouve le plus souvent ni ascite ni adhérences mais des « taches de bougie » sur le péritoine alors que les ganglions sont peu ou rarement tumoraux.

Le chirurgien devra toujours suspecter, dans ce cas, le Krukenberg, même si la malade n'accuse pas une histoire digestive très nette, et aller voir du côté de l'estomac, du côlon ou du foie pour découvrir la tumeur primitive, le vieil ulcère ou la linite plastique sur lesquels a insisté Masson.

Si l'on peut trouver la tumeur originelle et l'opérer, il est permis d'espérer quelquefois une guérison durable, mais les deux tiers des malades succombent dans les mois qui suivent l'intervention.

CONCLUSION.

En somme les données de l'examen après laparotomie ne fournissent pas des éclaircissements considérables puisque la plupart des tumeurs macroscopiquement reconnaissables ont déjà des caractères cliniques suffisants pour permettre un diagnostic de présomption.

C'est donc l'histologiste qui a le dernier mot. D'ailleurs ses comptes rendus amèneront bien souvent des surprises, en particulier en ce qui concerne certaines tumeurs solides qui ne sont pas primitives mais souvent métastatiques.

Par ailleurs l'examen anatomo-pathologique seul permettra d'identifier toute une série de tumeurs dont le diagnostic clinique ou opératoire est impossible : séminomes, cancers Wolfiens, pseudo-hypernéphromes, goitre ovarien, etc...

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS

Les complications des tumeurs solides de l'ovaire ne sont pas spécifiques : elles existent en effet aussi pour les tumeurs liquides.

a) **Torsion du pédicule.**

Le diagnostic de *torsion brusque* est facile. La malade ressent brusquement dans l'abdomen une douleur très vive; puis apparaissent rapidement les signes péritonéaux : vomissements, ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz. A l'examen on note de la fièvre, parfois 40°, la langue est sèche, le palper est douloureux, l'abdomen est météorisé.

Si la *torsion est progressive* les douleurs éprouvées sont vagues; la paroi abdominale est tendue et fréquemment la tumeur augmente de volume. Parfois les douleurs sont inexistantes.

Certaines torsions très lentes ne donnent que peu de signes et sont une découverte de la laparotomie (observation N° II).

b) **Infection et Suppuration.**

La tumeur jusque-là insensible devient douloureuse, en même temps que la malade fait une poussée fébrile. Les signes d'infection sont parfois peu différents de ceux qui accompagnent la torsion lente du pédicule.

c) Adhérences.

En dehors des adhérences qui accompagnent les tumeurs malignes, l'infection peut en provoquer chez les tumeurs même bénignes. Elles se révèlent parfois au toucher en donnant la sensation de minces filets ou de réseaux fins. « On peut penser aux adhérences intestinales, quand la surface tumorale se sent comme un coussin d'air ou qu'à la palpation on provoque des gargouillements intestinaux prolongés » (de Mora).

Les adhérences inflammatoires peuvent parfois donner lieu à des phénomènes d'obstruction ou d'occlusion.

d) Hémorragie intrapéritonéale.

L'inondation brusque provoque des douleurs extrêmement vives; l'abdomen se contracture, le pouls devient petit et rapide, le faciès pâle, hémorragique. Moiroud la signale comme premier signe d'une tumeur ovarienne métastatique; Vanverts dans un épithélioma de l'ovaire.

Elle peut exister sans traces de torsion.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Service de M. le Professeur Guyot)

Fibrome de l'ovaire.

M^{me} B..., Marie, 66 ans, ménagère, rentre dans le service le 16 mai 1938.

Il s'agit d'une femme dont le passé pathologique est peu chargé. Durant la plus grande partie de son existence, selon ses dires, elle ne présente aucune affection nettement caractérisée.

Il y a seulement 5 ans, en 1933, après une extraction dentaire, elle est examinée par le docteur Bernard qui constate fortuitement qu'elle présente au Pachon une maxima de 26 sans que cette hypertension n'ait entraîné aucun trouble fonctionnel. Il institue un traitement qui ramène la tension à un chiffre normal.

La malade a été réglée à l'âge de 13 ans et jusqu'à sa ménopause, survenue à 43 ans, ses règles furent régulières par leur durée et leur volume, non douloureuses, sans caractère pathologique.

La malade a fait quatre grossesses dont la troisième en date se termina par une fausse couche de 5 à 6 mois. Les autres furent normales et les accouchements se passèrent dans d'excellentes conditions.

Antécédents héréditaires : père mort à 56 ans « d'une paralysie à la suite d'un gros froid », dit la malade. Mère morte à

84 ans. Frère décédé à 30 ans. Deux des enfants de la malade sont vivants bien portant; le troisième est suspect de bacillose.

Histoire de la maladie : Le 16 avril 1938, en pleine santé apparente, sans prodrome annonciateur, après avoir pris son repas de bon appétit, la malade est prise à 2 heures de l'après-midi de vomissements violents et répétés dont les caractères sont les suivants : d'abord alimentaires, comprenant le repas absorbé, ensuite jaune, verdâtre, bilieux, amers. En même temps une impression pénible l'envahit; elle a la sensation d'une barre qui la comprime au niveau de la région fronto-pariétale. Selon ses dires il n'y eut pas de température mais alors qu'elle allait bien à la selle la constipation s'installe. La région hépatique ne fut pas douloureuse mais la malade signale une douleur sans caractère particulier au niveau de la base de l'hémi-thorax gauche. Les choses restent en l'état jusqu'à 21 heures; à ce moment les vomissements s'arrêtent et la malade peut dormir.

Au cours de son examen, le docteur Philipeau consulté constate les signes neurologiques suivants : une légère paralysie faciale à droite, une hémianesthésie faciale du même côté et une paresthésie de la moitié droite de la langue. Mais en même temps qu'il l'examine au point de vue nerveux, il découvre une masse abdominale dont la malade ne s'était jamais plainte. La tension artérielle était alors de 22. Sous l'influence du traitement prescrit la crise s'atténue et la malade est adressée à l'hôpital pour sa masse abdominale.

Examinée par les docteurs J. Villar et Darmaillacq elle entre dans le service de M. le Professeur Guyot.

Examen : Il s'agit d'une femme de 66 ans qui ne paraît pas plus de son âge. L'amaigrissement qu'elle signale ne marque pas exagérément. Le teint est foncé, légèrement bistré, mais la malade nous dit qu'il n'y eut aucune modification de la coloration des téguments qui a toujours été telle qu'elle est aujourd'hui : pas de subictère ni des conjonctives, ni des muqueuses.

Jusqu'à sa crise morbide du 16 avril, elle dit n'avoir jamais rien ressenti de particulier : son appétit était conservé, elle ne présentait pas d'asthénie et ses digestions étaient normales.

Nous insistons sur le fait qu'aucun signe ni subjectif, ni objectif, ni fonctionnel n'a jamais attiré l'attention de la malade sur sa tumeur abdominale dont la révélation reste une découverte d'examen.

La langue n'est pas saburrale mais elle est animée de mouvements fibrillaires, la denture est en mauvais état.

Abdomen : Dès qu'on découvre la malade on voit une augmentation du volume du ventre qui paraît plus importante à gauche, dans la région périombilicale. Cependant le ventre respire bien et la paroi est souple.

On peut délimiter cette masse : elle est allongée dans le sens transversal, de bas en haut et de droite à gauche. A droite, elle occupe la partie la plus interne de la fosse iliaque, l'hypogastre. En bas elle atteint la symphyse pubienne. En haut, elle suit une ligne qui reste au-dessous de l'ombilic. A gauche, son volume est plus important : elle occupe la presque totalité de la fosse iliaque, du flanc et remonte à sa partie supérieure jusqu'au rebord costal inférieur.

Les caractères de cette masse sont les suivants : on est frappé par sa dureté uniforme, sur toute sa surface, sans point de ramollissement; c'est une dureté ligneuse. Elle est uniformément régulière sauf à sa partie inférieure où on sent un petit noyau. Elle est mobile, n'adhère pas aux téguments, n'est pas fixée et l'on a très nettement le « signe du glaçon ». On peut la déplacer à volonté et elle suit les changements de position de la malade. La pression est douloureuse à son pôle supérieur et à sa partie inférieure. Elle est uniformément mate, le reste de l'abdomen étant sonore et les flancs ne paraissant pas contenir du liquide d'ascite.

Le foie n'est pas augmenté de volume, pas douloureux. La rate n'est ni palpable ni percutable. On sent des gargouillements au niveau du cæcum. Pas de modification morphologi-

que de la peau de la région abdominale, en particulier pas de circulation collatérale.

Appareil urinaire : les fosses lombaires sont libres et souples, non douloureuses. La miction est normale. Aucun trouble dans la fonction urinaire.

Appareil digestif : actuellement anorexie, vomissements isolés, constipation opiniâtre avec douleur au niveau du fondement.

Membres inférieurs : varices du membre inférieur droit, anciennes; pas d'œdème pré tibial ou malléolaire ni à gauche ni à droite.

Examen de laboratoire : B.-W. normal, urée sanguine normale. Tension artérielle : 27 - 10, I. : 4.

Intervention 24 mai 1938.

(Op. : Prof. J. Guyot, Docteur J. Villar.)

Laparotomie médiane : énorme fibrome de l'ovaire gauche remontant presque sous les fausses côtes. On est obligé d'agrandir l'incision. Extirpation facile vu le manque d'adhérences de l'ovaire et trompe gauches. Péritonisation. Fermeture avec drainage.

Suites opératoires : Le 12 juin 1938, après avoir été à selle (la malade se levant déjà) se produit une crise de subocclusion puis deux heures après occlusion complète. La malade présentait à gauche une vieille hernie qui datait de 30 ans, cause de cette occlusion par étranglement.

Opération dans la journée : anesthésie locale, réduction, fermeture.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur Guyot).

Fibrome de l'Ovaire.

M^{me} S... Dominiquette, 77 ans, rentre dans le service le 5 juin 1930.

Il y a trois ans environ la malade a constaté l'apparition d'une grosseur dans le ventre. Cette grosseur a évolué insidieu-

sement en s'accompagnant de sensation de poids et de tiraillement dans le bas-ventre. Pas de douleurs irradiées. La malade n'a jamais eu d'hémorragies; seulement quelques pertes blanches, mais jamais de pertes rousses ou noirâtres.

Depuis un an la malade est atteinte de constipation opiniâtre. Elle ne va à selle que par lavement. Quelques troubles urinaires; pas de dysurie, mais pollakiurie très marquée.

Antécédents : la malade a eu trois grossesses normales. Ménopausée depuis l'âge de 41 ans. Elle s'enrhume facilement l'hiver.

Examen : le 11 juin 1930 : Tension artérielle 16 - 8 ; I. : 3. Urée sanguine : 0,36 .

Opération le 13 juin 1930.

(Op. Prof. J. Guyot. Anesthésie au Schleich.)

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un gros fibrome de l'ovaire droit, avec torsion du pédicule et ascite, que l'on n'avait pu déceler cliniquement. La torsion, qui paraît de date récente, présente un tour de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. On fait une ovariectomie rapide : section du pédicule, deux ligatures superposées, enfouissement par une bourse péritonéale. Pas d'attouchement du ventre à l'éther. L'utérus qui est sain est laissé en place.

Suites opératoires : Normales. La malade sort du service le 20 juin 1930.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibromyome de l'ovaire.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur Guyot).

Fibrome de l'ovaire.

M^{me} P... Marie, 44 ans, commerçante. Entre dans le service le 15 novembre 1927 parce qu'elle souffre du ventre et parce qu'elle a trouvé, il y a un an, en bas et à droite de l'ombilic, une masse intra-abdominale.

Antécédents : mère 63 ans vivante, bien portante. Père inconnu.

Réglée à 15 ans : règles régulières par leur durée et leur abondance jusqu'à 1927. A partir de ce moment elles deviennent de plus en plus espacées et depuis avril dernier elle n'a plus eu de règles. Grossesse normale en 1912, accouchement normal. Lever 8 jours après. Jamais de fausses couches. Sa fillette se porte bien.

Histoire de la maladie : Depuis 5 ans la malade présentait des troubles fonctionnels et depuis un an elle a constaté l'apparition d'une tumeur dans le côté droit du bas-ventre. Les troubles fonctionnels étaient constitués par des douleurs, de la constipation et quelques troubles vésicaux.

La douleur a débuté il y a trois ans : c'était d'abord une simple pesanteur surtout marquée à droite. Puis elle a présenté des crises à type de coliques, durant un quart d'heure, siégeant dans la fosse iliaque droite et sans irradiation. Ces douleurs étaient vives mais non syncopales et ne s'accompagnaient jamais ni de vomissements ni de fièvre; elles étaient soulagées par le repos et la flexion de la cuisse. Ces crises douloureuses que la malade attribuait à une pointe de hernie sont devenues de plus en plus fréquentes et, le mois dernier, elles étaient quotidiennes. L'alitement les a beaucoup améliorées.

La constipation, d'abord légère, s'est accentuée depuis deux ans : la malade n'allait à selle que par laxatifs répétés, et les crises douloureuses coïncidaient avec une constipation plus marquée.

Les troubles vésicaux : pollakiurie : la malade est obligée d'uriner 8 à 10 fois la nuit, depuis une dizaine de mois environ.

Varices à la jambe droite ; quelques palpitations. Aucune altération de l'état général.

Examen le 25 novembre 1927 par M. le Professeur Guyot.

Toucher vaginal : col refoulé à gauche, de consistance et d'aspect normaux, orifice non entr'ouvert. Le corps utérin un peu gros et régulier paraît refoulé à gauche.

A droite, et accolée à lui, se trouve une tumeur très dure et régulière, allongée, dont le pôle inférieur le plus gros remplit le petit bassin et est à cheval sur le bord droit de celui-ci. Le pôle supérieur est situé à deux doigts et à gauche de l'ombilic. Dans la fosse iliaque droite la tumeur semble présenter un prolongement très douloureux.

La tumeur est nettement mobile de haut en bas; mobilité nulle dans le sens transversal.

Toucher rectal : rien de net.

Petite pointe de hernie à droite.

Examen de laboratoire :

Tension artérielle : 14 - 6 ; I. : 3.

B.-W. : négatif.

Urine : urée 20 ; phosphates : 2 ; chlorures : 14 ; pas d'albumine.

Sang : urée 0,50.

Opération le 27 novembre 1927.

(Op. M. le Professeur Guyot. Anesthésie au Schleich.)

Dès le ventre ouvert on aperçoit un utérus petit et une grosse masse blanchâtre qui, à première vue paraît inextirpable. L'utérus est refoulé très nettement à gauche. L'examen rapide permet de se rendre compte que la masse n'est fixée que par son volume et qu'elle est extirpable. Section des ligaments entre deux pinces. Incision du péritoine antérieur. Ligature des deux utérines. Section du col au bistouri, cautérisation au thermo. Suture du col par points séparés. Hémostase double des pédicules postérieurs et simple des autres.

Péritonisation en dernière heure, en commençant à droite et en finissant à gauche, péritonisation sans traction.

Deuxième temps : appendicectomie.

Drainage du douglas avec drain N° 10. Suture de la paroi en trois plans : surjets péritonéal, aponévrotique et cutané (ce dernier aux crins). Quatre fils métalliques extra-péritonéaux noués au-dessus de la cicatrice.

Suites opératoires : bonnes.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur Guyot).

Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu.

M^{me} L... Emma, 59 ans, entrée le 7 novembre 1927. La malade entre dans le service sur les conseils de M. le Professeur Guyot parce qu'elle souffre de la fosse iliaque droite avec irradiations douloureuses dans la région lombaire, des deux côtés.

Antécédents : père mort à 69 ans, mère morte à 79 ans, un frère et une sœur morts du croup en bas âge, une sœur morte à 49 ans.

La malade a eu une fièvre typhoïde à 6 ans. Réglée à 13 ans, ses règles sont régulières mais toujours très douloureuses, à tel point que la malade n'a jamais pu occuper un emploi suivi (Administration par exemple), car à ces moments elle devait même parfois s'aliter. Ses règles étaient normales en quantité.

Mariée à 19 ans, veuve à 26 ans, sans enfant.

Remariée à 32 ans : une grossesse en 1912 normale, mais accouchement pénible au forceps par le docteur Chavoix, entraînant une déchirure du périnée et une lésion du coccyx ayant gêné la malade pour s'asseoir pendant deux ans. Grosse fatigue pendant la guerre. Ménopausée à 47 ans, sans troubles.

Histoire de la maladie : De 1915 à 1918, la malade perd du sang presque continuellement, mais surtout lorsqu'elle est fatiguée. Quelques pertes blanches. De 1918 à 1923 (pendant 5 ans) tout rentre dans l'ordre. En 1923, à la suite d'une grosse peine de famille, elle reperd du sang en abondance, puis, après un arrêt passager, les pertes reviennent à intervalles irréguliers. En 1925, alors qu'elle voyage, la malade est prise brusquement de douleurs dans le bas-ventre avec prédominance dans la fosse iliaque droite. Il ne semble pas qu'elle ait présenté de fièvre au cours de cet épisode douloureux, pas plus que pour les autres, mais elle aurait remarqué une pollakiurie très nette. Cette grosse crise douloureuse ne dura pas et la malade ne fut obli-

gée de s'aliter que pendant une journée. A partir de ce moment, elle a remarqué qu'à l'occasion du moindre froid, et principalement au repos au lit, elle a de violents frissons dans toute la partie inférieure du corps, pieds et membres inférieurs. Au bout d'un an de calme ces douleurs reviennent au cours de la moindre fatigue et s'accompagnent de pertes (quelques gouttes de sang).

Examen le 7 novembre par M. le Professeur Guyot.

Palpation de l'abdomen : On trouve sur la ligne médiane une masse donnant la sensation très nette de bosselures.

Toucher vaginal : Il permet de sentir, dans le cul-de-sac latéral droit, une masse dure, un peu douloureuse à la pression. Le cul-de-sac latéral gauche est libre et non douloureux.

Examen de laboratoire : Urine normale, pas d'albumine. 0,40 d'urée dans le sang.

Tension artérielle : 18 - 10 ; 1. : 1 1/2.

Opération le 15 novembre (durée 33').

(Op. Professeur Guyot. Rachianesthésie puis Schleich.)

Dès le ventre ouvert, on trouve une tumeur solide de l'ovaire droit avec ascite. Ovariectomie. L'ovaire gauche est normal. La tumeur a un long pédicule dans lequel se trouve la trompe, pédicule qui semble légèrement tordu. Celui-ci est sectionné entre deux pinces. Ligatures étagées, la dernière mise près de la corne utérine. Péritonisation et fermeture après avoir mis un drain et une petite mèche. Suture de la paroi en trois plans : surjets péritonéal, musculo-aponévrotique, cutané (ce dernier aux crins). Pas d'appendicectomie.

Suites opératoires : Le deuxième jour : température à 37°2, pouls à 104. Quatrième jour : température à 36, pouls 96. La malade fait un léger subictère avec urines foncées. Le sixième jour on change le drain. En faisant l'examen d'urine on trouve 2 gr. de sucre. On met la malade au régime. Malgré cela furoncle anthracoïde de la fesse incisé le 29 novembre et qui guérit.

OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur Guyot).

Cancer avancé de l'ovaire.

M^{me} C.... Marie, 56 ans, entrée le 13 mars 1921 parce qu'elle souffre du bas-ventre et des reins depuis 15 jours environ.

Antécédents : Père et mère décédés. Frère et sœur en bonne santé.

Ne signale pas de maladies d'enfance. Réglée à 13 ans très régulièrement. Ménopausée à 51 ans (il y a 5 ans). A eu la grippe il y a 20 ans. Malade constipée habituellement.

Histoire de la maladie : Il y a 15 jours la malade éprouve en marchant une grande fatigue avec douleurs dans les reins et le bas-ventre irradiées vers la cuisse droite. Rentrée chez elle, elle sent son ventre « se gonfler » ; elle souffre de coliques, sans vomissements, et éprouve de grandes difficultés à uriner. Cette crise, précédée d'une violente débâcle diarrhéique, s'accompagne de constipation. Un médecin appelé purge la malade à deux reprises, la dernière il y a 5 jours; depuis elle n'est pas revenue à selle. La malade se plaignant toujours des mêmes douleurs, le médecin la fait rentrer au service du Professeur Guyot.

La malade dit avoir considérablement maigri depuis 15 jours.

Examen : Varices des membres inférieurs, surtout à droite, où elles remontent jusqu'à la cuisse. Au niveau de la région lombo-sacrée on trouve une tumeur congénitale, arrondie, du volume d'un petit abricot, molle et dépressible, mais non réductible, entourée d'une zone d'hypertrichose légère; la peau à son sommet est violacée, amincie et douloureuse (spina-bifida). Sur le corps on note quelques nævi.

L'examen de l'abdomen montre un ventre globuleux avec une légère circulation collatérale inférieure. La cicatrice ombilicale semble dépliée et surélevée en bas et à gauche.

A la palpation, on sent à travers une paroi très épaisse, dans la fosse iliaque droite, une tumeur dure, peu mobile, un peu

douloureuse qui remonte jusqu'au plan ombilical sur la ligne mamelonnaire et descend vers le pubis au fur et à mesure qu'on se rapproche de la ligne médiane où elle devient difficile à limiter, et semble même disparaître.

Dans la fosse iliaque gauche on trouve une masse plus petite, aussi dure, dont on apprécie mal les territoires.

A la partie inférieure de l'ombilic, à gauche, on sent la cicatrice ombilicale soulevée par une tumeur très dure, régulière, du volume d'une noix, que l'on ne peut détacher de la profondeur. Cette tumeur ne disparaît pas quand on fait asseoir la malade; elle est soulevée par la toux mais n'augmente pas de volume. La percussion donne une matité au niveau des tumeurs, mais les flancs sont sonores.

Le 22 on porte le diagnostic de néo très avancé de l'ovaire avec crises de subobstruction.

La malade rentre dans sa famille.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Professeur Guyot).

M^{lle} D..., Yvonne, 19 ans. Entrée le 30 mars 1925.

Le début remonte au mois de septembre 1924. La malade qui jusqu'à présent avait des règles régulières et d'abondance normale les voit devenir irrégulières et parfois très abondantes. Au mois d'octobre elle constate la présence d'une masse siégeant dans le bas-ventre du côté gauche. Au mois de janvier 1925, les règles s'arrêtent et ne reparaisent plus, sauf un petit écoulement rosé il y a un mois environ, sans aucun trouble douloureux. En même temps elle se sent fatiguée et maigrit. Son médecin appelé en consultation constate l'existence d'une volumineuse masse abdomino-pelvienne et la fait rentrer dans le service de M. le Professeur Guyot. Depuis son entrée au service, cette masse, auparavant très douloureuse, devient moins sensible.

Examen : Masse de limites imprécises, semblant remonter jusqu'à deux travers de doigt à gauche de l'ombilic. Au toucher,

le col utérin est normal mais semble se perdre en haut dans la masse abdominale. Les mouvements imprimés à la masse ne semblent pas se transmettre à l'utérus. Les culs-de-sac vaginaux sont libres mais sensibles.

Ajoutons que la malade présente de la diarrhée et une certaine difficulté pour uriner.

Examen de laboratoire : Urine : urée 10,5 ; phosphates 0,9 ; chlorures 5,6 ; traces d'albumine. Sédiments : nombreuses cellules, rares hématies, quelques leucocytes, quelques cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Opération le 14 avril 1925.

(Op. Professeur Guyot, Docteur Princeteau). Durée 40'.

Dès le ventre ouvert on trouve de l'ascite. On agrandit l'incision et on tombe sur une véritable tumeur, dure, bosselée, irrégulière, qui bloque complètement le petit bassin, inaccessible à droite, difficilement abordable, mais abordable à gauche. Section entre deux pinces du ligament rond, du ligament large et du ligament utéro-sacré gauche. Sans mettre aucune pince sur la tumeur qui paraît friable, on arrive à l'extérioriser du petit bassin et à l'enlever en bloc sans la moindre difficulté. On aperçoit alors l'ovaire du côté opposé qui est sain.

Examen histologique : Il s'agit d'une tumeur maligne : type alvéolaire carcinoïde, à grandes cellules, à noyaux picnotiques. Mitoses peu nombreuses. Réaction fibreuse très marquée autour des foyers. Stroma en prolifération en bien des points. Tumeur très maligne, développée aux dépens de l'épithélium germinatif. (M. Sabrazès.)

OBSERVATION VII

(Service de M. le Professeur Guyot).

M^{me} L... Marie, 69 ans, entrée le 27 avril 1928. La malade entre dans le service pour tumeur abdominale avec phlébite du membre inférieur gauche.

Histoire de la maladie : Au cours du mois de janvier grippe légère pendant trois jours, suivie d'une profonde asthénie. Rentrée à Bordeaux, se plaint de fatigue et de dépression. Elle commence à souffrir du ventre et s'aperçoit qu'il augmente de volume. Les douleurs sont superficielles, siégeant à la partie moyenne de l'abdomen, sans localisation spéciale, sans irradiation. Elles surviennent par crises de quelques minutes ou d'une ou deux heures, soit le jour, soit la nuit, mais sans caractères de continuité : « une nuit bonne après une mauvaise journée ou inversement », dit la malade. Cette dernière continue sa vie normale estimant ses douleurs supportables. Appétit conservé. N'a jamais été constipée : elle va à selle régulièrement tous les matins, avec un peu plus de difficulté maintenant, ajoute-t-elle.

Du 15 janvier au 15 avril (pendant 3 mois), le volume de l'abdomen augmente. Cette augmentation est attribuée par la malade à un ballonnement gazeux. Il augmente régulièrement, s'accompagnant peu à peu d'une sensation de pesanteur, d'un état de fatigue croissante et de perte progressive de l'appétit sans anorexie élective cependant.

Le 15 avril au matin, en se levant, la malade ressent une violente douleur à la racine du membre gauche, puis dans tout le membre, et constate que son membre est gonflé dans toute sa longueur. La douleur cesse assez vite, pas de température. La malade rentre dans le service du Professeur Guyot le 27.

Antécédents : Aucune maladie. Deux chutes accidentelles, il y a 6 et 8 ans, dans un escalier, dont une sur le dos très douloureuse. Jamais de vertiges, ni d'étourdissements.

Réglée à 15 ans, très régulièrement : règles peu abondantes durant quatre jours sans aucune fatigue. Ménopausée à 48 ans sans aucun troubles. Mariée à 25 ans, mari vivant bien portant. Une grossesse normale un an après avec accouchement normal.

Examen le 29 avril : Malade affaiblie, pommettes congestionnées, muqueuses un peu décolorées. Température 37°2, pouls 120. Langue humide, respiration calme.

L'abdomen est très augmenté de volume (on dirait une grossesse à terme); peau blafarde, circulation veineuse collatérale très développée. L'inspection montre que ce ventre volumineux est irrégulièrement développé et que son sommet répond plus particulièrement à la région du flanc droit. La palpation est indolente; gargouillements dans l'hypochondre gauche. Tumeur volumineuse dont le bord inférieur ne peut être limité, dure, mais de consistance très inégale, donnant par endroits l'impression du mastic et par ailleurs une sensation de pseudo-fluctuation. Présence d'ascite libre dans l'abdomen, tympanisme dans la zone de gargouillement de tout le côté gauche.

Toucher vaginal (Docteur Magendie) : Utérus petit avec col scléreux; culs-de-sac peu profonds, déprimés par une masse abdominale considérable dont la mobilisation paraît entraîner le col utérin sinon par continuité du moins par contiguité.

Le membre inférieur immobilisé dans une gouttière ouatée présente une phlébite s'accompagnant de gonflement de tout le membre. Œdème blanc ne s'accompagnant pas de points douloureux sur le trajet de la saphène. A noter la coexistence de la tumeur abdominale à droite et de la phlébite à gauche, ce qui élimine la possibilité d'une pathogénie de compression.

Tension artérielle : 21 1/2 ; I. : 4.

Cœur : premier bruit clangoreux, ébauche de bruit de galop, pas de souffle. Existence de battements aortiques sus-sternaux et de battements jugulaires. La région précordiale, à jour frisant est soulevée rythmiquement à chaque battement.

B.-W. : négatif. Urée sanguine 0,50. Urines: présence d'acétone.

Vu l'hypertension, la rétention d'urée dans le sang, la malade est jugée inopérable. Exéat le 3 mai.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic de « tumeurs solides de l'ovaire » est difficile, mais non impossible, dans tous les cas;

2° Le fibrome, les cancers solides, les tumeurs métastatiques peuvent, dans certains cas, être différenciés cliniquement ou donner de fortes présomptions quant à leur origine;

3° Certaines tumeurs se manifestent par des réactions hormonales, et provoquent un syndrome d'hyperfolliculinisme. Il serait donc utile, en présence d'une tumeur solide de l'ovaire, de faire l'étude :

a) de la folliculinémie;

b) de la folliculinurie.

4° Un diagnostic clinique ne saurait être complet sans l'aide de la laparotomie exploratrice;

5° L'examen histologique, seul, peut indiquer l'évolution et guider le traitement;

6° Sur la conduite à tenir, nous sommes d'accord avec M. A. Béclère (*Soc. Obs. et Gyn.*, 2 mars 1934, Paris) :

« Dans tous les cas, faire une laparotomie exploratrice.

» Si la tumeur est jugée absolument inopérable : évacuer l'ascite et, si possible, faire une biopsie. Rechercher sa nature histologique qui, seule, peut signer sa radio-sensibilité.

» Si la tumeur est incomplètement opérable, pratiquer une exérèse aussi étendue que possible.

» Radiothérapie méthodique sur tous les cas inopérables, incomplètement opérés, toutes les tumeurs malignes apparemment complètement opérées, tous les cas de récurrence après opération. »

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

LABAT

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

GUYOT

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 2 décembre 1938

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL

BIBLIOGRAPHIE

Pour une bibliographie plus complète antérieure à 1920, nous renvoyons le lecteur au travail de J. LUIS E. DE MORA, thèse de Paris 1930.

ADAM, Cancer de l'Ovaire, *Bull. Soc. Path. Exot. Par.*, 1924.

ALTHABE (A.) et COLILLAS (C.), Tumeur de Krukenberg, *Bull. Soc. Obs. et Gynéc.*, Mars 1928.

ARAGNOSTIDIS (N.), Ein Fall von bilatéralen soliden Geschwülsten der Ovarien, (*Zentralbl. f. gynäk.*, 1936).

ANSPACH, Acute torsion of solid tumor of ovary. *Internat. Clin.*, 1927.

BABES (A.), Etude sur le folliculome de l'ovaire (tumeur à cellules de la granulosa). *Gynéc. Obs.*, 1928.

BÉCLÈRE (C.), Hémorragie utérine d'origine ovarienne, étiologie et pathogénie. *Bull. Soc. Obs.*, Paris 1937.

BÉGOUIN et MASSÉ, Tumeur épithéliomateuse bilatérale des ovaires avec ascite (résumé). *Bull. Soc. Obs. Gynéc.*, Paris 1926.

BERNARD, BEIG et SICARD, Tumeur solide de l'ovaire chez une fillette de 14 ans. *Bull. Soc. Obs. Gynéc.*, 1933.

BISHOP (E.), Solid tumors of the ovary. *Amer. j. Obst. Gynéc.*, 1924.

BOURG et CORDIER, La tumeur de Krukenberg, cancer métastatique de l'ovaire. *Bruxelles Méd.*, Juin 1928.

BOURSIER et AUVRAY, Précis de Gynécologie. Paris, Doin, 1925.

BROCQ (P.) et CHABRUT (R.), Métrorragie chez une femme âgée par tumeur maligne des ovaires. *Bull. Soc. Obst. Gynéc.*, 1932.

CADENAT et LEYDET, Deux observations d'hématocèle cataclysmique par tumeur solide de l'ovaire. *La Gynéc.*, Août 1929.

CAILLOT (M.), Deux cas de très volumineuses tumeurs solides de l'ovaire. *Bull. Soc. Obst. Gynéc.*, 1935.

CHAVANNAZ (G.) et ROCHE (J.-R.), Hémorragies post-ménopausiques tardives traduisant l'évolution d'un fibrosarcome de l'ovaire. *Bull. Soc. Gynéc.*, 1936.

DECOULX, BÉDRINE et BASTIEN, Lutéinome de l'ovaire. *Bull. Soc. Obst. Gynéc.*, 1933.

- DELANNOY, DRIESSENS et DEMAREZ, Tumeur de Krukenberg, secondaire à un épithélioma gastrique. *Bull. Soc. Obst. Gynéc.*, 1936.
- DEMONS et CHARBONNEL, Gros fibrome de l'ovaire. *J. de Méd. Bordeaux*, 1912.
- ESTOR, Deux cas de tumeurs solides des ovaires. *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, mai-juin 1930.
- FLEURENT, De la symptomatologie du cancer de l'ovaire. *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, 1928.
- FORGUE, Gynécologie. In *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*.
- FRANCESCO (P.), Fibroma puro d'ell ovaio. *Arch. di Obst. e Ginec.*, Napoli 1926.
- FULCONIS et XICLUNA, Fibrome de l'ovaire. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1933.
- GAUTHIER-VILLARS (P.), Etude des métastases ovariennes des épithéliomas digestifs. *Ann. d'anat. pathol.*, 1928.
- Thèse Paris 1927.
- GEIST, Solid ovarian tumors. *Americ. J. Obs. and Gynec.*, 1924.
- GOUGH, Large solid ovarian tumor with twistd pedicle. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1927.
- GUYOT (J.) et DUBREUILH, Volumineux épithéliome de l'ovaire avec adhérences multiples ; hystérectomie subtotala ; Mickulicz ; guérison. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1927.
- GUYOT (J.) et VILLAR (R.), Néoplasme du corps utérin et cancer des ovaires. *Bull. Soc. Obs. Gyn.*, Bordeaux 1922.
- GUILLAUME (Louis), Les tumeurs solides de l'ovaire. *Arch. Méd. Chir. de Province*, 1925.
- HERZOG (T.), Die Melanosarcome des Ovarien. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1918.
- HUMMER, Sur un cas de tumeur de Krukenberg. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Strasbourg 1928.
- HERCULANO DE SA, Carcinome de l'ovaire chez une fillette de 12 ans. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1936.
- JEANNENEY et ROUSSEAU (M.), Deux cas de tumeur solide de l'ovaire. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1936.
- LAZORTHES (G.), Fibrome provoquant une métrorragie post-ménopausique. *Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, Toulouse 1937.
- MARTINAUD, Fibromes de l'ovaire. Thèse Bordeaux 1931.
- MASSON (P.), Essai sur les tumeurs non tératoïdes de l'ovaire. *Bull. Soc. Obs. Gyn.*, Paris 1922.

- *In* Les tumeurs, T. 27, vol. II, du Traité de path. méd. et de thér. Maloine édit., Paris 1923.
- MASSABUAU, Fibrome de l'ovaire, abondantes métrorragies. *Soc. Obst. et Gyn.*, Paris 1913.
- *Id.*, Le cancer primitif de l'ovaire, 1913.
- MAYER (A.), Klinik der ovarialtumoren. *Biologie und Pathologie des Weibes*, 1926.
- MERIEL, Les tumeurs solides de l'ovaire. *Ann. de gyn. et obs.*, Paris 1910.
- MAGENDIE, DUBARRY, PENAUD, Tumeur solide épithéliomateuse de l'ovaire prise pour un fibrome. *Soc. anat. clin. de Bordeaux*, 1933.
- MORA (DE) LUIS (J.), Tumeurs solides de l'ovaire. Thèse Paris 1930.
- MORICARD, MOCQUOT, PALMER, GOTHIE (M^{lle}), Un cas de tumeur thécale. *Bull. Soc. Obs. Gyn.*, 1937.
- MONDOR (H.), Sur le fibrome de l'ovaire. *Orient. méd.*, juin 1936.
- MOIROUD (P.), Hémorragie intra-péritonéale, premier signe d'une double tumeur ovarienne métastatique. *Bull. Soc. Obs. Gyn.*, 1932.
- PAPIN (F.), Cancer des ovaires et pelvi-péritonite. *Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, Paris, 1926.
- PAUCOT (H.) et HOUCKE (E.), Tumeur ovarienne bilatérale. *Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, 1933.
- QUENU (J.) et BÉCLÈRE (C.), Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause. *Bull. Soc. Obs. Gyn.*, 1933.
- STERNBERG (C.), Geschwülste des Eierstockes. *In* Halban et Seitz. *Biologie und Pathologie des Weibes*, 1926.
- TEDENAT, Cancer métastatique de l'ovaire. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris 1924.
- VANVERS (J.), Hémorragie intra-péritonéale comme premier signe d'un épithélioma de l'ovaire. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1932.
- VARANGOT (J.), Sur un cas de tumeur de la thèque interne de l'ovaire. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1937.
- Les tumeurs de la granulosa. *J. de Chirurgie*, mai 1938.
- VAYSSIÈRE, MOSINGER, CERATI, DONNET, Tumeur de l'ovaire à structure endocrinienne mixte (folliculo-lutéinome). *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1936.
- VINCENT (G.), Tumeur primitive bilatérale de l'ovaire; probablement séminome chez femme jeune; lipido-diagnostic. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1932.

